

病児・病後児保育 情報提供書

伊勢けいゆう塾保育園 ケアひかり保育 宛

年 月 日 記入

医療機関 所在地

名称

電話番号・FAX

医師名

印

病児・病後児保育の利用にあたり、必要な情報について下記のとおり診療情報を提供します。

利用児氏名 <small>ふりがな</small>	男・女	生年月日	年 月 日
保護者氏名			歳 ヲ月
住所		電話番号	

★太枠内は診察医師が記入してください。（該当する□にレ点を記載してください。）

傷病名 (疑いを含む)	<input type="checkbox"/> 感冒 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> インフルエンザ (型) <input type="checkbox"/> ウイルス性感染症 () <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 <input type="checkbox"/> 結膜炎 (ウイルス性・アレルギー性) <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 喘息 () <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> ケガ(部位) <input type="checkbox"/> 骨折(部位) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 病名不明
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 (°C) <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 眼脂 <input type="checkbox"/> 吐き気あり <input type="checkbox"/> 嘔吐 (回) <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 関節痛 <input type="checkbox"/> 下痢 (回) <input type="checkbox"/> 発疹 (場所) <input type="checkbox"/> その他 ()
安静度	<input type="checkbox"/> 病児(解熱後又は症状軽減後は病後児に移行可) <input type="checkbox"/> 病後児 <input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と遊んでも良い)
おおよその治療期間 (病児・病後児利用期間)	年 月 日 ~ 月 日くらいまで 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。(次回受診がある場合 年 月 日)
処方薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (回/日 種類 日分) (その他) <input type="checkbox"/> その他の指示・注意事項 ()
既往歴・常備薬の有無 アレルギーなどその他注意事項	

2021.10月改正